

Universidade de São Paulo  
Faculdade de Saúde Pública

VOLUME 32  
NÚMERO 6  
DEZEMBRO 1998  
526-32

# Revista de Saúde Pública

J O U R N A L O F P U B L I C H E A L T H

## Confiabilidade de diagnósticos nos formulários de autorização de internação hospitalar\*

*Reliability of diagnoses on authorization forms for hospital admittance*

Thais A.de F. Mathias e Maria Lúcia de M.S. Soboll

*Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá. Maringá, PR - Brasil (T.A. F.M.),  
Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo,  
SP - Brasil (M.L.M.S.S.)*

MATHIAS Thais A.de F e Maria Lúcia de M.S. Soboll *Confiabilidade de diagnósticos nos formulários de autorização de internação hospitalar\** Rev. Saúde Pública, 32 (6): 526-32, 1998

# Confiabilidade de diagnósticos nos formulários de autorização de internação hospitalar\*

## *Reliability of diagnoses on authorization forms for hospital admittance*

Thais A.de F. Mathias e Maria Lúcia de M.S. Soboll

Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá. Maringá, PR - Brasil (T.A. F.M.), Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP - Brasil (M.L.M.S.S.)

### Resumo

<b>Objetivo</b>	Analisar a confiabilidade dos diagnósticos registrados nos formulários de autorização de internação hospitalar(AIH).
<b>Método</b>	Foram estudadas 1.595 internações referentes a uma amostra representativa das internações ocorridas nos 8 hospitais gerais do Município de Maringá, PR. Os diagnósticos registrados nos prontuários médicos foram comparados aos registrados nas AIH correspondentes. Foi utilizada a estatística Kappa, com intervalo de confiança de 95%.
<b>Resultados</b>	Foram obtidas concordâncias que variaram de $k=0,79$ (doenças do aparelho geniturinário) a $k=0,98$ (complicações da gravidez, parto e puerpério) e $k=0,79$ (fraturas) a $k=0,97$ (causas obstétricas diretas) para os 5 grupos e agrupamentos da Classificação Internacional de Doenças - 9 (CID9) mais freqüentes, respectivamente.
<b>Conclusões</b>	Alguns fatores como a falta de treinamento para a codificação dos diagnósticos e o sistema de pagamento das internações hospitalares, são apresentados como possíveis razões de discordância. Evidenciou-se a possibilidade de utilização do banco de dados SIH-SUS (Sistema de Internação Hospitalar do Sistema Único de Saúde) para o Município de Maringá, em 1992, com certo grau de confiabilidade segundo grupos de diagnósticos, lembrando que segundo os agrupamentos poderá haver maior variabilidade.

**Registros médicos. Diagnóstico. Estatísticas hospitalares. Reprodutibilidade de resultados.**

### Abstract

<b>Objective</b>	The reliability of the diagnoses given on forms authorizing Hospital Admittance (AIH), financed by the official Health System, was analysed during the period January through December,1992, in Maringá-PR, Brazil.
<b>Method</b>	A systematic method was used to sample 1,595 medical records of the admittances to 8 general hospitals. The diagnoses registered in the medical records were compared to those registered in the corresponding AIH forms. The level of agreement on the main diagnoses was analysed by using the Kappa test.

\*Parte da dissertação de mestrado: "Morbidade Hospitalar no Município de Maringá-PR, em 1992", apresentada ao Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1994. Apresentado no V Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e V Congresso Paulista de Saúde Pública, 1997. **Correspondência para/Correspondence to:** Thais A.F. Mathias - Av. Colombo, 5790 - 87020-900 Maringá, PR - Brasil. E-mail: pcfmathias@wnet.com.br. Edição subvencionada pela FAPESP (Processo nº 97/09815-2). Recebido em 23.1.1998. Aprovado em 8.4.1998.

### Results

*The results of the study show that the agreement for the five leading chapters of International Classification Disease-9 (ICD-9) has ranged from  $k=0.79$  to  $k=0.98$ . The agreement for the five leading groupings of diagnoses has ranged from  $k=0.79$  to  $k=0.97$ .*

### Conclusion

*Some reasons for disagreement, such as miscoding and the hospital reimbursement system are discussed. It is also concluded that it may be possible to use the hospital admittance data of the Official Health System, according to the diagnostic chapters and groupings of the ICD-9, with some degree of confidence.*

**Medical records. Diagnosis. Hospital statistics. Reproducibility of results.**

## INTRODUÇÃO

No Brasil, o setor público é o principal financiador das internações hospitalares. As informações geradas dessas internações vão constituir o Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH - SUS) por meio da informatização dos dados do formulário de Autorização de Internação Hospitalar (AIH). Este formulário é um documento hábil à autorização de internação hospitalar contendo identificação do paciente e dos serviços a ele prestados. É através desse documento que os hospitais e profissionais contratados cobram da Previdência Social esses serviços. Porém, esses dados têm sido pouco utilizados para estudos epidemiológicos ou de planejamento em que pese o esforço recente do DATASUS de colocar o banco de dados à disposição dos pesquisadores e gestores da área da saúde. Em geral, ocorre um acúmulo dos dados e com pouca transformação em informação que possa subsidiar a tomada de decisão.

A utilização de grandes bancos de dados nacionais não é atividade rotineira no processo decisório em saúde, tanto para o diagnóstico do quadro sanitário e de qualidade de vida, ou para planejamento e avaliação de programas e ações de saúde<sup>5</sup>. Essa utilização poderia ser mais freqüente pois, atualmente, enfrenta-se um desafio que é dar conta das providências necessárias à viabilização e gerenciamento do SUS, integrando os serviços públicos e oferecendo acesso universal adequado às necessidades de saúde da população. Para tanto, é necessário que se conheçam as reais necessidades da comunidade e que prioridades de atuação sejam estabelecidas. Para isso, estudos devem ser realizados através de diagnósticos epidemiológicos que utilizem dados confiáveis provenientes de sistemas de informações eficientes<sup>12</sup>.

O banco de dados do SIH-SUS representa hoje importante fonte de informações sobre as internações hospitalares de expressiva parcela da população atendida. Estima-se que em nível nacional 70% das internações sejam financiadas pelo SUS com varia-

ções regionais. Em 1992, no Município de Maringá-PR, do total de internações nos 8 hospitais gerais locais, 73,8% foram financiadas pelo SUS (excluindo-se as internações no hospital psiquiátrico)<sup>3</sup>.

No entanto, a validade da utilização desses dados é questionada pois existe a dúvida em relação à confiabilidade das informações contidas nas AIH.

Considera-se de menor confiabilidade no formulário a variável diagnóstico, refletindo desde problemas como a ausência, inconsistência ou falta de clareza nos dados existentes no prontuário médico, até as influências do mecanismo de reembolso dos gastos hospitalares adotado no Brasil<sup>10</sup>.

A confiabilidade de dados oficiais vem sendo objeto de interesse em nosso meio e trabalhos têm sido realizados para verificar a fidedignidade dessas informações em estudos de morbidade.

Estudo importante de confiabilidade de informações hospitalares foi realizado por Lebrão<sup>2</sup> (1978) em 1974 para o Estado de São Paulo. A autora analisou a concordância das variáveis contidas no Boletim CAH-101 (reformulado como CAH-106), com as registradas nos prontuários, concluindo que para o diagnóstico a concordância foi de 82,5%.

Em estudo mais recente Veras e Martins<sup>11</sup> (1994) analisando as variáveis do formulário AIH em hospitais do Rio de Janeiro, encontraram uma concordância de  $kappa = 0,72$  para diagnósticos codificados com quatro dígitos e  $kappa = 0,82$  para os codificados com três dígitos (Classificação Internacional de Doenças, 9ª Revisão - CID-97). Os autores consideraram, também, que em geral os resultados do estudo de confiabilidade das informações nas AIH, naquele município, indicaram que a qualidade das informações disponíveis no banco de dados do SIH-SUS foi melhor do que a esperada para esse banco de dados, concluindo, entretanto, que os estudos de morbidade baseados nesses dados devem observar os diagnósticos em categorias mais agregadas<sup>11</sup>.

Considerando o padrão de confiabilidade das informações contidas nos formulários AIH, sua análise reveste-se de especial importância pois, além de

constituir aquela fração da população assistida que absorve maior quantidade de recursos dentro da política assistencial do País, o resultado pode auxiliar no conhecimento da realidade, no planejamento em nível local e em estudos epidemiológicos<sup>10</sup>. Desta forma, é de grande importância o conhecimento das limitações desse citado documento para enriquecer qualquer tipo de análise baseada nesses dados podendo, ainda, o resultado dessa avaliação acrescentar subsídios para sua utilização.

Tendo em vista essas considerações objetivou-se com este estudo analisar a confiabilidade dos diagnósticos registrados nos formulários AIH para internações ocorridas no Município de Maringá-PR, em 1992.

## MÉTODO

O material utilizado para a análise foi obtido de um estudo mais amplo que descreveu a morbidade hospitalar no Município de Maringá em 1992<sup>3</sup>. Maringá é um Município situado à noroeste do Estado do Paraná com aproximadamente 270.000 habitantes. Sede da 15ª Regional de Saúde, é importante pólo de atração comercial, educacional e de assistência à saúde. A população de estudo foi constituída por todas as internações ocorridas nos 8 hospitais gerais de Maringá. Para a caracterização da morbidade hospitalar no citado estudo, foi definida uma amostra das internações levando-se em consideração três variáveis: o diagnóstico, a idade e o sexo mais frequentes segundo informações da lista LBT-30 da DATASUS\* no período de janeiro a julho de 1992. Foi aplicada a técnica de amostragem sistemática às listagens ou livros-resumo de internações por hospital. Com esse procedimento foram sorteadas 3.034 internações, das quais, 2.123 eram internações financiadas pelo SUS. Para 99 (4,7%) destas internações os prontuários não foram localizados; 165 das internações (7,8%) eram atendimentos de urgência-emergência (fichas amarelas), que constavam nas listagens mensais de internação dos hospitais utilizadas para o sorteio da amostra; e 264 (12,4%) só dispunham de informações sobre o diagnóstico no laudo médico. Embora o laudo seja um impresso que de certa forma faça parte do prontuário dos pacientes internados pelo SUS, para a presente análise os diagnósticos referentes a essas internações não foram considerados tendo em vista que as informações contidas nas AIH são, de preferência, baseadas nesse documento. A inclusão desses casos poderia gerar vies na análise, fazendo com que a confiabilidade fosse maior do que a real. A amostra final foi constituída, portanto, por 1.595 prontuários.

Não houve dificuldade no acesso aos prontuários nos hospitais. As perdas de prontuários refletiram, principalmente, o grau de organização dos arquivos médicos em cada hospital.

A codificação do diagnóstico foi feita por uma das autoras, do presente trabalho, devidamente treinada, de acordo com a CID-9, em subcategorias de 4 algarismos. Os diagnósticos foram comparados entre os grupos de diagnósticos e agrupamentos da lista básica para tabulação da CID-9.

A análise da concordância foi feita através da estatística kappa<sup>1</sup> (k) com intervalo de confiança de 95%, utilizada para estudos de confiabilidade de variáveis nominais ou categóricas, onde:

$$k = \frac{(po - pe)}{(1 - pe)} \text{ onde,}$$

k = estatística kappa

po = proporção de concordância observada de diagnósticos.  
pe = proporção esperada de concordância de diagnósticos devido ao acaso.

No presente estudo a estatística kappa deve ser interpretada como a proporção de concordância dos códigos dos diagnósticos atribuídos pela pesquisadora e pelos codificadores nos hospitais, após ter sido removida a concordância devida ao acaso. No caso de concordância perfeita, o valor de k = 1 (os avaliadores concordam em todos os casos), será zero quando a concordância for devida ao acaso e negativo quando a concordância for menor que a esperada, devida ao acaso.

## RESULTADOS

Colocando em destaque alguns dos grupos de diagnósticos mais frequentes como complicações da gravidez, parto e puerpério, doenças do aparelho circulatório, do aparelho respiratório, doenças do aparelho digestivo e geniturinário e doenças do sistema nervoso e órgãos dos sentidos, verificou-se que as concordâncias foram satisfatórias variando de k=0,79 (doenças do aparelho geniturinário) a k=0,98 (complicações da gravidez, parto e puerpério) como mostra a Tabela 1. Em relação aos cinco agrupamentos mais frequentes, observou-se concordâncias que variaram de k=0,79 (fraturas) a k=0,97 (causas obstétricas diretas) (Tabela 2).

A Tabela 3 mostra o percentual e a ordem de importância que os grupos de diagnósticos apresentaram para as duas fontes, AIH e prontuário. Observa-se que até o 6º posto, os grupos de diagnósticos obedeceram a mesma ordem, existindo pouca variação a partir do 11º posto para as duas fontes. No entanto, para alguns grupos, as discordâncias entre os códigos dos diagnósticos da AIH e prontuário, alteraram o percentual de cada grupo, em relação ao total das internações e, conseqüentemente, a ordem de importância. O grupo das neoplasias, por exemplo, está em 11º lugar para as AIH e em sétimo lugar para os prontuários (Tabela 3) com uma concordância con-

\*MTPS/DATAPREV/FNS/DATASUS - Listagem Específicas do Síntese - Sistema Integrado de Séries Históricas.

**Tabela 1** - Concordância segundo grupos de diagnósticos da CID-9, Maringá - PR, 1992.

Grupos de diagnósticos	Prontuário	AIH	Concordância	kappa	IC (95%)
I. Infecciosas e parasitárias	65	69	54	0,80	0,72-0,87
II. Neoplasias	72	42	27	0,46	0,34-0,57
III. Glândulas endócrinas nutrição metabolismo e transtorno imunitários	27	41	25	0,73	0,61-0,85
IV. Sangue e órgãos hematopoéticos	7	8	7	0,93	0,80-1,00
V. Transtornos mentais	1	1	-	-	-
VI. Sistema nervoso e órgãos dos sentidos	60	62	51	0,83	0,76-0,90
VII. Aparelho circulatório	213	221	202	0,92	0,89-0,95
VIII. Aparelho respiratório	221	234	210	0,91	0,88-0,94
IX. Aparelho digestivo	163	158	140	0,86	0,82-0,90
X. Aparelho geniturinário	101	95	79	0,79	0,73-0,86
XI. Gravidez, parto e puerpério	321	310	310	0,98	0,97-0,99
XII. Pele e tecido celular subcutâneo	15	16	7	0,45	0,23-0,67
XIII. Sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	51	49	29	0,57	0,45-0,68
XIV. Anomalias congênitas	15	8	5	0,43	0,18-0,69
XV. Afecções perinatais	14	9	9	0,78	0,59-0,97
XVI. Maldefinidas	45	66	13	0,21	0,10-0,31
XVII. Lesões e envenenamentos	202	173	138	0,70	0,65-0,76
Código E	-	31	-	-	-
Código V	2	2	2	1,00	-
Total	1.595	1.595	1.308	-	-

CID - Classificação Internacional de Doenças  
IC - Intervalo de confiança

siderada baixa de  $k=0,46$  (Tabela 1). Muitos dos diagnósticos desse grupo foram codificados nas AIH como afecções maldefinidas, como sintomas gerais e sintomas relativos ao abdome e à pelve, doenças do aparelho digestivo (como gastrite) e no grupo das doenças das glândulas endócrinas, da nutrição e do metabolismo e transtornos imunitários, principalmente como “desidratação” (Tabela 4).

O grupo dos sintomas, sinais e afecções mal-definidos foi mais freqüente para as AIH (8º posto) do que para os prontuários (11º posto) (Tabela 3), com uma concordância de  $k=0,21$  (Tabela 1). A maior parte dos códigos dos diagnósticos discordantes pertenciam, para as AIH, ao grupo das doenças de pele e tecido celular subcutâneo e lesões e envenenamentos (Tabela 4).

**Tabela 2** - Concordância segundo agrupamentos selecionados da lista básica para tabulação da CID-9 Maringá - PR, 1992.

Agrupamentos	Prontuário	AIH	Concordância	Kappa	IC (95 %)
01. Doenças infecciosas intestinais	46	42	40	0,91	0,84-0,97
22. Doenças do sistema nervoso	37	41	31	0,79	0,69-0,89
23. Transtornos dos olhos e anexos	17	17	16	0,94	0,86-1,00
26. Doença hipertensiva	29	31	26	0,86	0,77-0,96
27. Doença isquêmica do coração	22	22	20	0,91	0,82-1,00
28. Doença da circulação pulmonar e outras formas de doença do coração	94	101	90	0,92	0,88-0,96
29. Doença cerebrovascular	45	47	40	0,87	0,79-0,94
30. Outras doenças do aparelho circulatório	21	17	15	0,79	0,64-0,93
34. Outras doenças do aparelho respiratório	207	199	184	0,89	0,86-0,93
36. Doenças dos órgãos genitais masculinos	15	12	12	0,83	0,68-0,98
38. Aborto	12	9	9	0,86	0,70-0,86
39. Causas obstétricas diretas	211	207	204	0,97	0,96-0,99
41. Parto normal	95	94	93	0,98	0,96-1,00
45. Algumas afecções originadas no período perinatal	14	9	9	0,78	0,59-0,97
47. Fraturas	81	67	59	0,79	0,71-0,86
49. Lesões intracranianas e internas, incluindo os nervos	42	38	33	0,82	0,73-0,81
Total	1.595	1.595	1.235	-	-

CID - Classificação Internacional de Doenças  
IC - Intervalo de confiança

**Tabela 3** – Grupos de diagnósticos da CID-9, dos prontuários e formulários de AIH, segundo ordem de importância, Maringá-PR, 1992.

Grupos de diagnósticos		AIH %	Prontuário Ordem*	%	Ordem*
XI.	Gravidez parto e puerpério	19,4	1 <sup>a</sup>	20,1	1 <sup>a</sup>
VIII.	Aparelho respiratório	14,7	2 <sup>a</sup>	13,9	2 <sup>a</sup>
VII.	Aparelho circulatório	13,9	3 <sup>a</sup>	13,4	3 <sup>a</sup>
XVII.	Lesões e envenenamentos	10,8	4 <sup>a</sup>	12,7	4 <sup>a</sup>
IX.	Aparelho digestivo	9,9	5 <sup>a</sup>	10,2	5 <sup>a</sup>
X.	Aparelho geniturinário	6,0	6 <sup>a</sup>	6,3	6 <sup>a</sup>
I.	Infecções e parasitárias	4,3	7 <sup>a</sup>	4,1	8 <sup>a</sup>
XVI.	Sintomas sinais maldefinidos	4,1	8 <sup>a</sup>	2,8	11 <sup>a</sup>
VI.	Sistema nervoso e órgãos sentidos	3,9	9 <sup>a</sup>	3,8	9 <sup>a</sup>
XIII.	Sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	3,1	10 <sup>a</sup>	3,2	10 <sup>a</sup>
II.	Neoplasias	2,6	11 <sup>a</sup>	4,5	7 <sup>a</sup>
III.	Glândulas endócrinas da nutrição e do metabolismo e transtornos imunitários	2,6	11 <sup>a</sup>	1,7	12 <sup>a</sup>
XII.	Pele e tecido celular subcutâneo	1,0	12 <sup>a</sup>	0,9	13 <sup>a</sup>
XV.	Afeções perinatais	0,6	13 <sup>a</sup>	0,9	13 <sup>a</sup>
XIV.	Anomalias congênitas	0,5	14 <sup>a</sup>	0,9	13 <sup>a</sup>
IV.	Sangue e org hematopoéticos	0,5	14 <sup>a</sup>	0,4	14 <sup>a</sup>
V.	Transtornos mentais	0,1	15 <sup>a</sup>	0,1	15 <sup>a</sup>
	Código E	1,9	-	-	-
	Código V	0,1	-	0,1	-
Total		(1.595) 100,0	(1.595)	100,0	

\* Ordem e importância excluídos os Códigos E e V.

CID - Classificação Internacional de Doenças

AIH - Autorização de internação hospitalar

Embora o grupo das lesões e envenenamentos ocupe o mesmo posto para as duas fontes (Tabela 3), a concordância foi de  $k=0,70$  (Tabela 1). O principal motivo de discordância deu-se pela utilização para a codificação de diagnósticos nas AIH da Classificação Suplementar, código E (Causas Externas), ou seja, classificadas de acordo com a causa e não a natureza da lesão. Houve também, codificação no grupo das doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo (Tabela 4).

## DISCUSSÃO

Algumas comparações podem ser feitas com os resultados obtidos por Veras e Martins<sup>11</sup> (1994), embora esses autores tenham analisado os diagnósticos com menor nível de agregação (3 e 4 dígitos) do que o presente estudo (grupos e agrupamentos da CID-9). Observou-se que nos dois estudos existiu maior concordância para os diagnósticos com alta frequência. A confiabilidade para o diagnóstico parto normal (CID-9 650.9) foi alta no trabalho de Veras e Martins<sup>11</sup> ( $k=0,8292$ , três dígitos) e no presente artigo ( $k=0,98$ , três dígitos), enquanto que hipertensão essencial (CID-9 401.9) obteve uma confiabilidade de  $k=0,725$  (três dígitos) e doença hipertensiva (agrupamento da CID-9 401-405) obteve  $k=0,76$  para o Rio de Janeiro<sup>11</sup> e Maringá, respectivamente.

A análise demonstrou diferenças de concordância que podem ter ocorrido, em muitos casos, pelo fato da codificação do diagnóstico principal ter sido feita com base nas informações contidas nos prontuários, fazendo com que os códigos fossem mais precisos. Foi observado que para muitos diagnósticos no formulário AIH faltou uma melhor especificação da doença, podendo ser devido ao uso da versão resumida da CID-9, editada pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social, onde são omitidos os termos de inclusão e exclusão gerando maior número de códigos em agrupamentos ou categorias residuais. Entretanto, essa discordância é minorada quando a comparação é feita segundo os capítulos da CID-9.

A qualidade dos dados e informações registradas nos prontuários, a dificuldade em decifrar a letra do médico, a falta de treinamento e o desconhecimento por parte dos funcionários dos hospitais das regras de codificação, terão igualmente importante impacto na qualidade de codificação<sup>9</sup>. Ocorre também que existe uma inevitável subjetividade ou interpretação do sentido dos termos médicos registrados para que se possa igualá-los a um dos termos existentes na CID<sup>6</sup>. Além disso, em uma internação vários diagnósticos podem estar presentes, exigindo algum tipo de gasto com exames laboratoriais, medicamentos e cuidados de enfermagem o que dificulta na seleção do principal diagnóstico tratado durante o período de internação, prin-

**Tabela 4** - Concordância (N<sup>o</sup>) de diagnósticos da AIH e prontuário segundo grupos de diagnósticos da CID-9, Maringá - PR, 1992.

Prontuário AIH	Infec.	Neopl.	Endóc.	Sang.	Ment.	S.Nerv.	Circul.	Resp.	Digest.	Genit.	Grav.	Pele	Osteom.	Cong.	Perinat.	Mdef.	Les.	Cod. "Y"	Cod. "E"	Total
Infeciosas	54					2	1	1	3		1	4				1	2			69
Neoplasias		27						2	3	4	3		1			2				42
Endócrinas	3	6	25					1	1	1				1		2	1			41
Sangue		1		7																8
Mentais					-															1
S. Nervoso	1	2				51	3						2			3				62
Circulatório	1	2	1			1	202	5		1	1					1	6			221
Respiratório	2	5					4	210	1	1			2	5		4				234
Digestivo	8							1	140	2			3			2	2			158
Geniturinário	1									79	3		2			1				95
Gravidez										310										310
Pele	1	1	1				2			1		7	2			10	1			16
Osteomuscular		1											29				18			49
Congênitas							1		1				1	5			1			8
Perinatais															9					9
Maldefinidas	1	10				4	1	1	8	6	3	2	7	1		13	9			66
Lesões	2	7		1		1			5	4		2	5	1		7	138			173
Cód. "Y"																		2		2
Cód. "E"	1								1	2			3	1			23		-	31
<b>Total</b>	<b>65</b>	<b>72</b>	<b>27</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>60</b>	<b>213</b>	<b>221</b>	<b>163</b>	<b>101</b>	<b>321</b>	<b>15</b>	<b>51</b>	<b>15</b>	<b>14</b>	<b>45</b>	<b>202</b>	<b>2</b>	<b>-</b>	<b>1.595</b>

CID - Classificação Internacional de Doenças  
AIH - Autorização de Internação Hospitalar

principalmente para casos em que existe uma relação entre as diversas doenças, ficando difícil separá-las, já que no formulário AIH existe apenas um campo para diagnóstico principal e um para o diagnóstico secundário que raramente é utilizado.

Outro dado a ser considerado, é que o fato do formulário AIH ter como objetivo principal o reembolso dos serviços hospitalares prestados ao paciente, faz com que a importância maior seja dispensada à informação relativa ao procedimento e não ao diagnóstico. Segundo Veras<sup>9</sup> (1992), existe no Brasil uma estreita ligação entre as informações clínicas e o sistema prospectivo de pagamento das hospitalizações, o que pode influenciar na definição adequada do procedimento realizado, favorecendo os diagnósticos que permitem maior remuneração.

Embora tenha havido discordâncias entre os códigos dos diagnósticos evidenciou-se, através do presente estudo, a possibilidade de utilização do banco de dados SIH-SUS, para o Município de Maringá, com certo grau de confiabilidade para análise da morbidade hospitalar segundo grupos de diagnósticos, lembrando que segundo os agrupamentos poderá haver maior variabilidade. Em relação aos prontuários médicos é essencial que suas informações sejam mais precisas e completas pois, além de serem documentos importan-

tes aos hospitais e pacientes, quando corretamente preenchidos vão facilitar o preenchimento das AIH e, possibilitar análises complementares mais aprofundadas de questões específicas não permitidas através dos dados das AIH.

Para que haja um potencial de utilização dos grandes bancos de dados nacionais, incluindo o SIH-SUS, tal como salienta Moraes<sup>4,5</sup> (1994), há necessidade de padronização e compatibilização desses bancos de dados, favorecendo seu uso em estudos epidemiológicos e demográficos; facilidade de descentralização, acesso e aprimoramento das informações; e promoção de capacitação de recursos humanos em nível municipal, estadual e federal para o uso das informações no processo de tomada de decisões.

É importante, portanto, que cada vez mais o SIH-SUS seja colocado à disposição de Estados e municípios, pois a centralização desses dados leva as instituições a coletarem dados semelhantes duplicando ações e desperdiçando recursos<sup>8</sup>.

Espera-se que as informações desse importante banco de dados, que representa hoje uma fonte permanente de dados sobre hospitalizações de vasta parcela da população de toda rede pública e privada conveniada do País, sejam aprimoradas na medida em que houver maior demanda e acesso à sua utilização.

## REFERÊNCIAS

1. FLEISS, J. L. Statistical methods for rates and proportions. 2nd ed. New York, John Wiley & Sons, 1981. p 212-25.
2. LEBRÃO, M.L. Análise da fidedignidade dos dados estatísticos hospitalares disponíveis na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo em 1974. *Rev. Saúde Pública*, **12**:234-49, 1978.
3. MATHIAS, T.A.F. & SOBOLL, M.L.de M.S. Morbidade hospitalar em município da região Sul do Brasil em 1992. *Rev. Saúde Pública*, **30**:224-32, 1996.
4. MORAES, I.H.S. *Informações em Saúde: da prática fragmentada ao exercício da cidadania*. São Paulo, HUCITEC/ABRASCO, 1994.
5. MORAES, I.H.S. et al. Utilização de grandes bancos de dados nacionais. In: Congresso Brasileiro de Epidemiologia, 2º, Belo Horizonte, 1992. *Anais*. Belo Horizonte, COOPMED/ABRASCO, 1994.
6. NOVAES, H.M.D et al. Morbidade hospitalar: questões para uma reflexão. Campinas 1990. [Apresentado na Oficina de Trabalho sobre "Sistemas de Informações em Saúde" no 1º Congresso Brasileiro de Epidemiologia, Campinas, 1990].
7. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Manual de classificação internacional de doenças, lesões e causas de óbito*; 9a rev. 1975. São Paulo, Centro da OMS para Classificação de Doenças em Português/Ministério da Saúde/Universidade de São Paulo/OPAS, 1980 2v.
8. TASCA, R. et al. Sistemas de informação em saúde para distritos sanitários. In: *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do sistema único de saúde*. São Paulo, HUCITEC/ABRASCO, 1993. p. 267-310.
9. VERAS, C.M.T. Equity in the use of private hospitals contracted by a compulsory insurance scheme in the city of Rio de Janeiro, Brazil in 1986. London, 1992. [Tese de Doutorado -The London School of Economics and Political Science Department of Social Sciences and Public Administration].
10. VERAS, C.M.T. et al. Sistemas de informação e avaliação dos serviços de Saúde. Belo Horizonte, 1992. [Apresentado na Oficina de Trabalho "Utilização de grandes bancos de dados" no 2º Congresso Brasileiro de Epidemiologia em Belo Horizonte, 1992].
11. VERAS, C.M.T. & MARTINS, M.S. A confiabilidade dos dados nos formulários de autorização de internação hospitalar (AIH), Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, **10**: 339-56, 1994.
12. YAZLLE-ROCHA, J.S. Informações em saúde para o SUS: um marco de referência para sua democratização. *Medicina*, Ribeirão Preto, **24**: 186-91, 1991.